

整理番号			
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験	
	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器	<input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 2025年 8月 1日

R-SDV実施室利用申請書

弘前大学医学部附属病院
臨床研究推進センター 御中

閲覧者
A A A 株式会社
弘前 太郎

下記の治験のR-SDVのためR-SDV実施室を利用したく以下のとおり申請いたします。

記

治験依頼者	B C D 株式会社		
被験薬の化学名 又は識別記号	bcd-1234	治験実施計画書番号	Bcd567890
治験課題名	X X X 試験		
利用希望日時	西暦 2025年 9月 1日 10時 00分 ~ 17時 00分		
閲覧者連絡先	TEL : 000-0000-0000 FAX : 00-0000-0000		
	Email : xxx@aaa.co.jp		
備考	※閲覧者が2名の場合には、もう1名の方は備考へ所属・氏名をご記載下さい。		

西暦 年 月 日

確認欄は

臨床研究推進センター 事務局からの連絡	<input type="checkbox"/> 申請のとおりにR-SDV実施室を利用させていただきます。
	実施日時は、西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分です。
臨床研究推進センター 事務局（窓口） 担当者連絡先	所在地（〒 ）
	氏名： 所属：
	TEL： FAX：
	Email：

事務局長で記入致しますので、
ご記入不要です。

注）本書式は治験依頼者等の閲覧者が作成し、臨床研究推進センター事務局に FAX や Email 等で提出する。臨床研究推進センター事務局は内容を確認、確認結果を記入し、FAX や Email 等で連絡する。